



신청자 이름: _____

이 양식은 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 추가 치과 혜택 플랜을 가입하고자 하는 분들이 사용할 수 있습니다.

- 추가 치과 혜택 플랜은 매년 메디케어의 연간 가입 기간(10월 15일 - 12월 7일) 동안 또는 플랜 발효일로부터 90 일 이내에 가입할 수 있습니다.
- 추가 치과 혜택 플랜은 모든 센트럴 헬스 메디케어 플랜에서 이용할 수 없습니다. 해당 플랜 및 관련 월간 보험료는 아래에 열거되어 있습니다.

해당 플랜 이름	선택적 추가 치과 혜택 플랜		
	월간보험료	네트워크 내부서비스의 연간 혜택 한도	네트워크 외부 서비스의 연간 혜택 한도
Central Health Medicare Plan (HMO) 001	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Savings Plan (HMO) 019	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Jade Plan (HMO) 022	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Premier Plan I (HMO) 023	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Valor Care Plan (HMO) 030	\$21	\$3,000	\$1,500

추가 치과 혜택 플랜의 월간 보험료는 메디케어 파트 B 보험료에 추가로 납부됩니다. 추가 치과 혜택 플랜의 월간 보험료를 납부하지 않으면 추가 치과 혜택 플랜은 상실되지만 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 여전히 가입되어 있습니다. 메디케어의 다음 연간 가입 기간에 다시 가입할 수 있습니다.



CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

아래 항목을 선택하여 플랜에 추가적인 보장을 추가하세요:

☐ 본인은 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 추가 치과 혜택 플랜을 추가하고 싶습니다.

읽고 서명해 주세요

본인은 이번 가입이 본인의 센트럴 헬스 메디케어 플랜 혜택에 대한 보충용 추가 치과 혜택 플랜임을 이해합니다. 추가 치과 혜택 플랜의 가입은 연중 특정 시기로 제한되어 있습니다.

본인은 센트럴 헬스 메디케어 플랜의 신규 가입자로서 플랜 발효일로부터 90일 이내에만 추가 치과 혜택 플랜을 추가하여 다음 달 1일부터 보장을 받을 수 있음을 이해합니다.

본인은 추가 치과 혜택 플랜의 월간 보험료를 납부하지 않을 경우 혜택/보장은 상실되지만 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 계속 가입되어 있음을 이해합니다. 메디케어의 연간 가입 기간 동안 다시 가입할 수 있음을 이해합니다.

본인은 이 양식 하단에 기재된 전화번호로 가입자 서비스 센터에 연락하여 언제든지 이 선택적 혜택에서 탈퇴를 요청할 수 있음을 이해합니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜이 가입 취소 요청을 접수한 달의 다음 달 1일에 가입이 취소됩니다.

본인은 이 신청서에 본인이 서명(또는 본인이 거주하는 주의 법률에 따라 본인을 대리할 권한이 있는 사람의 서명) 함으로써 이 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미함을 인지합니다. 권한이 있는 개인이 서명한 경우 이 서명은 다음을 증명합니다: 1) 이 사람은 주법에 따라 이 가입 절차를 완료할 권한이 있으며, 2) 이 권한에 대한 서류는 센트럴 헬스 메디케어 플랜 또는 메디케어의 요청 시 제공될 수 있습니다.

서명함으로써 본인은 위에 요청된 가입 선택과 필요한 추가 월간 보험료에 동의합니다.

회원 성: _____ 회원 명: _____

회원 아이디 번호 (선택사항): _____ 메디케어 번호: _____

회원 서명: _____ 날짜: _____

추가 치과 혜택 플랜의 월간 보험료 납부 방법을 선택해 주세요.

☐ 매월 청구서를 보내주세요

☐ 매월 자동으로 내 은행 계좌에서 인출되도록 설정합니다. (이 방법을 선택하는 경우 아래에 정보를 입력하세요. 보험료는 매월 25일에 계좌에서 인출됩니다.)

은행 이름: _____ 라우팅 번호: _____

계좌 번호: _____

가입자의 이 양식 작성을 도와주는 분은 위에 서명하고 다음 정보를 제공해 주세요:

이름: _____

주소: _____

전화번호: (_____) _____

신청자와의 관계: _____

작성한 이 양식을 신청서와 함께 반송해 주세요:

Fax: 1-626-388-2371

Mail: Central Health Medicare Plan

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

Attention: Enrollment Department

이양식에 대한 자세한 정보나 도움이 필요하시면 주 7일(10월 1일-3월 31일), 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시PT, 1-866-314-2427(TTY: 711)로 회원 서비스 센터에 전화해 주세요.(4월 1일 - 9월 30일).